Lane Medical Library

Zur Operation
fixirter Blasenscheidenfisteln
mit Loslösung der Blase.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin und Chirurgie

welche

mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität
Halle-Wittenberg

Sonnabend, den 29. März 1902, Mittags 12 Uhr,

öffentlich vortragen wird

Otto Ringleb
prakt. Arzt
aus **Arneburg.**

Halle a. S.
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1902.

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Halle.

Referent: Prof. Dr. **Bumm.**

v. Bramann,
d. Z. Decan

Seinen Eltern dankbar gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153306_0117

Unter fixirten Blasenscheidenfisteln versteht man jene durch narbige Verwachsungen mit der hinteren Symphysenwand resp. den aufsteigenden Schambeinästen adhaerenten Communicationen zwischen Blase und Scheide, die für den Chirurgen schon Jahrhunderte hindurch das grösste Interesse geboten haben.

Gelang die Heilung bei den nicht fixirten Urinfisteln erst in unserer Zeit mit einiger Sicherheit, so bedeutet doch die von Sims bei der Operation von Urinfisteln benutzte Seitenlage und die Einführung eines Rinnenspeculums einen wesentlichen Fortschritt in der Geschichte der Operation der Urinfisteln. Das war im Jahre 1845.

Sein Schüler Bocemann operirte in Knieellenbogenlage und übte besonders die Erweiterung der durch Narben verengten Scheide. Er suchte durch Incisionen und dann Einlegen von weichen Kautschuktampons oder durch Hartgummicylinder eine allmähliche Dehnung der Scheide herbeizuführen.

Für viele Fälle von Scheidenstenosen dürfte diese Methode zu guten Erfolgen führen, andrerseits aber in Fällen, wo es durch ausgedehnte Gewebsnekrose zu starker Schwielenbildung und namentlich zu Verwachsungen der Blase und Weichteile mit der hinteren Symphysenwand und den aufsteigenden Schambeinästen gekommen ist, versagt sie. Auch ist diese Methode nicht ohne Gefahr für die Patienten. Die lange Dauer der Vorbereitung, die

sich Wochen und Monate hinziehen kann, mit Uterussekret gemischter Urin, ein Umstand, der bei der langen Procedur leicht zur Infektion führen kann, und die nicht geringe Schmerzhaftigkeit lassen auch diese Methode in ihrem Werte fraglich erscheinen.

Immerhin verdient sie den Vorzug vor der auch empfohlenen Kolpokleisis. Entweibt diese Operation doch die Frau meist in der Blüte der Jahre, hindert die sexuellen Funktionen und schafft eine Krankheitsquelle durch Bildung eines Receptaculums mit vielen Sinuositäten, in welchen das Menstrualblut, der Urin, die Secrete des Uterus und der Vagina stagniren und sich zersetzen; sie ersetzt ein Übel durch ein anderes, oft grösseres.[1])

Emmet sagt, es wäre besser für die Frauen, sie zu lehren, wie sie die unangenehmen Begleiter der Fistel fernhalten sollen, wie sie sich ihren Zustand erleichtern können, wenn man nicht imstande ist, die Fistel zu heilen, als sie durch die Occlusio geschlechtlich zu verstümmeln und durch Blasenkatarrh, Pyelitis und Nephritis ihre Leiden noch zu vermehren.[2])

Endlich gelang es Simon, der sich lange eingehend mit den Urinfisteln des Weibes beschäftigte, die Operationsmethode zu vervollkommnen. Durch gute Freilegung der Fistel, nachdem Narbenstränge und Verwachsungen mit dem Messer ausgiebig gespalten waren, erzielte er seine schönen Erfolge.

In den leichteren Fällen von Blasenscheidenfisteln, und zwar in solchen, die nicht mit dem Knochen adhaerent sind, wird heute die Simon'sche Methode wohl stets mit Erfolg ausgeführt werden können.

Anders jedoch in schweren und schlimmsten Fällen von Verwachsungen. Aber auch vor dieser Frage ist die operative Gynäkologie nicht stehen geblieben. Während 1865 Winckel in Billroth-Lueckes Sammelwerk noch den

1) Pawlik, Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. VIII, 22.
2) Schauta, Monatsschr. f. Gebh. u. Gyn. I, 8.

Satz aufstellen musste: „Bei grossen Fisteln, bei fester Verwachsung eines Fistelrandes, bei hohem Sitz dicht am Peritoneum und bei gewissen Harnleiterscheidenfisteln bliebe nichts anderes übrig, als die Kolpokleisis, können wir heute keine einzige dieser Indicationen mehr gelten lassen.“[1])

Es sind nun die verschiedensten Wege eingeschlagen worden, um auch bei fixirten, mit der knöchernen Beckenwand verwachsenen Blasenscheidenfisteln, Beweglichkeit der Fistelränder und damit bessere Zugänglichkeit und Übersicht über das Operationsfeld zu erhalten. Wenn man die einschlägige Litteratur über die in diesen schwierigen Fällen eingeschlagenen Operationswege durchsieht, so kann man die Hauptmethoden folgendermassen spezificiren:

I. die abdominale Methode nach Trendelenburg,
II. eine ähnliche nach von Dittel,
III. die paravaginale Methode nach Schauta,
IV. die ventro-vaginale Methode mit suprasymphysärem Schnitt nach Fritsch.

In folgender Abhandlung will ich mich auf diese bei fixirten Blasenscheidenfisteln in Betracht kommenden Operationen beschränken, das „Für“ und „Wider“ erwägen und zum Schluss eine Methode anfügen, die Herr Prof. Dr. Bumm im Gegensatz zu der von Fritsch angegebenen, auf infrasymphysärem Wege mit Erfolg in der Königl. Universitätsfrauenklinik zu Halle a. S. ausgeführt hat.

Als einen bedeutenden Fortschritt in der Geschichte der chirurgischen Behandlung der Urinfisteln müssen wir den Weg bezeichnen, den Trendelenburg zur Heilung derselben einschlug, bei denen diese von der Scheide aus nicht gelang, oder sehr schwierig war. Er machte die Sectio alta und frischte dann von der Harnblase aus, in deren vorderen Wand er zuvor unterhalb der Peritoneal-

1) Schauta, Monatsschr. für Gebh. u. Gyn. I, 8.

falte einen 5—6 cm langen Schnitt machte, die Fistelränder an und verschloss sie durch die Naht.

In der Mehrzahl der Fälle wird diese Operation zum Ziele führen, da namentlich, wo die Fistel hoch liegt und paravaginale und parametrane Schwielen den Weg von unten unmöglich machen. Wo es indessen zu fester Verwachsung eines Fistelrandes in grössserer Ausdehnung mit einem aufsteigenden Schambeinast resp. hinterer Symphysenwand gekommen ist, dürfte es schwer sein, auf diesem Wege eine Anfrischung der Fistelränder uud direkte Vereinigung durch die Naht zu erzielen. Auch könnte diese Operationsmethode der Vorwurf der Laparatomie treffen und ist doch auch die Naht der Blase von der Blase aus gewiss keine Kleinigkeit. Der Bauchschnitt bedeutet immerhin einen grossen Eingriff mit seinen Gefahren und Folgen und ist solange zu umgehen, solange es das Leiden der Patientin nicht unbedingt erheischt. Während die Operation von der Scheide aus kaum Gefahren mit sich bringt und den Kranken bald gestattet, das Bett zu verlassen, müssen sie nach einer Laparatomie wochenlang im Bett liegen, ein Umstand, der bei geschwächten Patienten nicht belanglos ist. Trat doch auch wie Trendelenburg selber angiebt[1]), in einem von ihm operierten Falle ein Bauchbruch in der Narbe zu Tage, wie solche bei Laparatomien häufig beobachtet werden. Ein solcher Bauchbruch lässt sich zwar durch ein Bruchband mit grosser Pelotte gut zurückhalten, indessen erwächst dem Patienten immer eine grosse Belästigung, welche sich besonders fühlbar macht, wenn die Patienten dem arbeitenden Stande angehören.[2])

Ebenfalls den Bauchschnitt machte v. Dittel, nähte aber die Fistel nicht von der Blase aus, sondern legte sich die Excavatio vesico-uterina frei und ging in dieser weiter vor. Er beschreibt diese Operation in der Wiener klinischen

1) Trendelenburg, Deutsch. med. Wochschr. 1892.
2) Ebenda.

Wochenschrift, Jahrgang 1893, folgendermassen: „Eröffnung der Peritonealhöhle, in der Medianlinie von der Symphyse bis gegen den Nabel. Die Intestina werden mit Compressen bedeckt und nach aufwärts gedrängt, so dass nunmehr Uterus und Blase freiliegen. Der Uterus wird am Fundus gefasst, wird nach auf- und rückwärts gehoben, während ein anderer Assistent die Blase an die Symphyse drückt und nach aufwärts gestrichen hält. So wird die Excavatio vesico-uterina bis auf den Grund klaffend dem Auge frei gelegt und den Instrumenten zugänglich erhalten. In der Tiefe der Excavation sieht man die Umschlagsstelle des Bauchfelles vom Uterus gegen die Blase in Gestalt eines bandartigen Streifens. Unterhalb dieser Duplicatur wird das Peritoneum durch einen quer über den Cervixteil verlaufenden Schnitt getrennt und bis auf und über die vordere Lippe der Portio stumpf abgelöst. Diese Ablösung machte an den Seitenteilen der Portio wegen seines narbigen Zustandes Schwierigkeiten, gelang aber doch vollständig mit geringem Blutverluste, und nun kam der quer gelagerte, vier Centimeter lange und drei Centimeter breite Substanzverlust der Blase und Scheide zum Vorschein Als dieser durch einen vorn eingesetzten, stumpfen Haken zu einer Längsspalte umgestaltet war, wurde die Vereinigung der angefrischten Blasenfistelränder mittels 15 Knopfnähten vorgenommen."

Gegen diese Operation könnte man das von der Laparatomie Gesagte einwenden. Gegen diesen Tadel führt von Dittel an, der Bauchschnitt brauche nicht so gross zu sein, wie zur Entfernung grosser Geschwülste, nur so gross, um die Gebärmutter hervorzuheben, die Excavatio vesica-uterina zu öffnen, die Fistelränder einzustellen, anzufrischen und zu vereinigen. Nun, ein paar Centimeter mehr oder weniger beim Bauchschnitt fällt wenig ins Gewicht; aber es ist eine andere Frage, ob sich das Öffnen der Excavatio vesico-uterina bei parametranen Schwielen immer leicht, ohne grössere, fetzige Zerreissungen

der Blase, wird bewerkstelligen lassen und muss dahingestellt bleiben.

Wohl aus diesen Erwägungen und der Möglichkeit, die Operation auch bei starker Narbenbildung und Verwachsungen auf anderem Wege zu ermöglichen, wollte der Gynaecologe sich nicht mit den eben erwähnten Methoden vertraut machen.

Als Trendelenburg über seine Erfolge berichtete, veröffentlichte auch Schauta[1]) zwei Fälle, die er auf ganz anderem Wege glücklich operirte: die paravaginale Methode. In beiden Fällen war es nicht gelungen, eine Freilegung des Operationsfeldes mittelst der Simon'schen Methode zu erzielen, da die Weichteile vielfach an der Beckenwand fixirt waren. Er löste, als er beim Einschneiden der links die Fistel begrenzenden Narbe unmittelbar auf das Periost kam, die Scheide in der Umgegend der Fistel und damit die Fistel selbst vom Knochen los. Dann machte er einen Verticalschnitt nach aussen vom linken Labium majus, ging dann in die Tiefe bis auf den aufsteigenden Schambeinast und weiter um diesen herum und praeparirte nun die Scheidenwand, indem er sich immer dicht am Knochen hielt mit dem Finger und einem Raspatorium von der Hinterfläche des aufsteigenden Schambeinastes ab. Die Wunde stopfte er mit Jodoformgaze aus und brachte dann die Frau in Knieellenbogenlage auf den Boceman'schen Operationstisch. Nach Freilegung der Scheide ergab sich, dass die Fistelränder gut beweglich waren. Diese wurden dann ringsum angefrischt und mit Silberdraht vereinigt. Es wurde noch in einem anderen Falle von ihm auf diesem Wege Heilung erzielt.

Diese Methode dürfte sich in Sonderheit für jene Fälle von fixirten Blasenscheidenfisteln eignen, wo die Fixation eben durch schwielige Verwachsungen mit dem aufsteigenden Schambeinaste bedingt ist, nicht bei allzu

---

1) Schauta, Monatsschrift f. Gebh. u. Gyn. Bd. I, 8.

hohem Sitz der Fistel und Verwachsungen der Weichteile mit der hinteren Symphysenwand.

Eine Operation in ähnlichem Sinne, führte Samter aus.[1]) Es handelte sich um zwei Fälle von schweren Blasenscheidenfisteln, bei denen je ein Rand am Knochen fixirt war. Um nun die Beweglichkeit der Fistelränder zu erzielen, resecirte er die untere innere Umrandung des Foramen obturatorium. Der erste der beiden Fälle war dadurch noch von besonderem Interesse, dass eine ganze Reihe von Operationsversuchen der verschiedensten Art ohne Erfolg gemacht worden waren. In beiden Fällen wurde Verschluss der Fisteln erzielt, in einem allerdings erst nach drei Nachoperationen und ohne Erzielung von Continenz, weil der Schlussapparat der Blase zu Grunde gegangen war.

Als ein weiteres Verfahren zur Zugänglichmachung complicierter Fisteln ist von Samter der Scheidendammschnitt angegeben worden, der in mehreren Fällen bei schwer zugänglichen Fisteln mit Erfolg von ihm ausgeführt wurde.

Dieser Scheidendammschnitt bedeutet an sich kein neues Verfahren, er ist in gewissem Sinne mit der von Simon angegebenen Methode identisch, nur dass er die Scheide ausgiebiger erweitert und es möglich macht, weil er ins paravaginale und paravesicale Bindegewebe führt, die Blase von der Scheidenwand zu lösen und die Fistelränder beweglich zu machen. Dieser Scheidendammschnitt dürfte bei hochsitzenden Blasenscheidenfisteln, wo es sich nur um narbige Stricturen der Scheide handelt und die Fistel schwer ins Gesicht zu bringen ist, mit Nutzen angewandt werden. Bei mit der Beckenwand verwachsenen Fisteln wird es immer darauf ankommen, die Weichteile von der hinteren Symphysenwand und den aufsteigenden Schambeinästen zu lösen. In vielen Fällen wird hier die paravaginale Methode Schauta's zum Ziele führen.

1) Volkmann, Sammlung klin. Vortr. Nr. 176.

Fritsch[1]) indessen hat gezeigt, dass dies nicht immer der Fall ist. Als Grund, weshalb er das gewaltsame Mobilisieren der Blase nicht empfehlen zu müssen glaubt, giebt er an: Da wo die Blase mit dem Knochen verbunden ist, fehlt ein Stück Blase, oder dieselbe ist so fest mit dem Knochen verwachsen, dass das adhaerente Stück, mit dem Periost eine Masse bildend, am Knochen haften bleibt. Es giebt dann neue fetzige Verletzungen der Blase, wodurch die Operation nur komplicierter wird.

Fritsch veröffentlicht im Centralblatt für Gynäcologie, 1893 Nr. 45, sein neues Verfahren. Er wollte eine Patientin mit einer am Knochen fixirten Blasenscheidenfistel nach Trendelenburg operiren, doch gelang es ihm nicht, die Blase heraufzuziehen und die Blasennaht auszuführen. Er beschloss deshalb, um wenigstens einen Vorteil von der Laparatomie zu haben, die Blase in toto nach unten zu schieben. Er hoffte dann, von unten aus den Verschluss der Fistel zu erzielen. Dabei ging er von folgender Erwägung aus: Stellt man sich die Blase schematisch in zwei Halbkugeln geteilt vor, in eine vordere und eine hintere, oder bei liegender Patientin in eine obere und untere, so befindet sich die Fistel in der hinteren oder unteren Hälfte. Mit dem Knochen verwachsen ist die vordere oder obere Halbkugel. Diese sitzt etwas unterhalb des Ramus horizontalis des Schambogens, aber doch in der oberen Hälfte der Symphyse etwas seitlich am Ramus descendens fest. Reisst man, drückt man oder schneidet man hier die adhaerente Blase los, so macht man eine neue Blasenöffnung, wenn, wie oben gesagt, das angewachsene Stück am Knochen sitzen bleibt. Freilich gehen oft beide Öffnungen in einander über, da die gleiche Narbenmasse von dem Fistelrand zum Knochen zieht.

Nachdem Fritsch den Bauchschnitt gemacht hatte, wobei die Blase oben aufgeschnitten war, klappte er die Ränder der Wunde nach innen und vernähte sie. Die

1) Fritsch, Centralblatt für Gynäc. 1893, Nr. 45.

Bauchwunde tamponirte er mit Jodoformgaze und drückte nun mit dieser Gaze die Blase so stark wie möglich nach unten. Den Urinabfluss nach oben brauchte er nicht zu fürchten, da der Urin durch die noch vorhandene Fistel unten abfloss.

Der Erfolg war in diesem Falle ein sehr guter. Es ward einige Tage nach der Operation, während der Jodoformgazetampon noch lag, die Fistel leicht geschlossen. Die Kranke wurde geheilt.

Nachdem Fritsch als Notbehelf zufällig dies Verfahren eingeschlagen hatte, modifizierte er es im Laufe der nächsten Jahre. An Stelle des medianen Bauchschnittes legte er später ganz dicht über die Symphyse horizontal den suprasymphysären Schnitt in einer Länge von 7—8 cm. Er löste dann die Muscularis und Fascien vom Knochen los. Nun konnte er mit dem Finger vor der Blase auf die hintere Fläche der vorderen Beckenwand gelangen. Er drückte ohne Gewalt anzuwenden, die Blase bis an das Ligamentum arcuatum mit dem Finger vom Knochen ab. Die Adhäsionen konnte er leicht umfassen und in ihrer Grösse und Form erkennen. Allerdings ist es ihm niemals gelungen beim Losdrücken eine neue Verletzung zu vermeiden. Er sagt selber: Auch wenn ich mit dem Messer vorsichtig an den Knochen angedrückt entlang schnitt, gab plötzlich die Blasenwand nach und der fühlende Finger gelangte in die Blase. Man würde, wollte man die Blasenverletzung beim Losdrücken vermeiden, mit dem Meissel ein Stück Knochen abmeisseln müssen, um die abgemeisselte Knochenplatte als Blasenwand bestehen zu lassen.' Die Bauchwunde tamponierte er, nachdem er sie durch Naht bis auf vier Centimeter verkleinert hatte, mit Jodoformgaze. Nun wartete er fünf bis sechs Tage und schloss, nachdem die Patientin sich erholt hatte, die Fistel von der Scheide aus. Fritsch sagt zum Schluss: ‚Ich möchte allen Fachgenossen die ventro-vaginale oder die kombinierte zweizeitige Methode bei allen von unten unzugänglichen Fisteln

empfehlen. Ob man vielleicht beide Operationen unmittelbar hintereinander ausführen wird, lasse ich dahingestellt. Im allgemeinen ist bei Fisteln der sichere Erfolg dem schnellen vorzuziehen.

Ein Übelstand infolge der Operation, der sich erst oft später herausstellt, ist die Entstehung eines Bauchbruches in der Narbe oberhalb der Symphyse, wie er ebenso auch bei der Sectio alta Trendelenburgs entstehen kann. Auch ist die zweizeitige Operation nicht ohne Gefahren hinsichtlich der Entstehung einer Infektion von der Blase aus.

Um der Entstehung eines Bauchbruches nach der Operation mit suprasymphysärem Schnitt entgegen zu treten resecirte von Bramann den oberen Teil der Symphyse in der ganzen Breite des Ansatzes der Recti, eine ca 1 cm dicke Knochenleiste, durch Meisselschläge. Nach oben liess er diese mit den Recti und Fascien in Verbindung und drängte sie mit Fingern und Raspatorium zur Eröffnung des praevesicalen Raumes in die Höhe.

Diese temporäre Resection der Symphyse verspricht bei aseptischem Verlauf der Wundheilung in der Bauchblasenwunde die früheren Beziehungen der Recti zur Symphyse vollständig wiederherzustellen und die Entstehung eines Bauchbruches zu verhindern. Auch könnte man sehr wohl diese temporäre Resection bei der Anwendung der ventro-vaginalen Methode versuchen, die Blase erst von der hinteren Symphysenwand abtrennen und die Naht der Fistel dann von der Scheide aus bewerkstelligen.

Die Gefahren, welche diese Operation mit sich bringen könnte, liegen in der Verunreinigung der Wunde durch Urin und infolge davon würde Necrose[1]) des resecierten Knochenstückes eintreten. Diese Gefahr ist indessen wohl zu vermeiden, wenn man beim Anlegen der Drainage sorgsam darauf bedacht ist, dass das Drainrohr von der Naht fest umschlossen wird und möglichst kein Tropfen Urin neben dem Drainrohr in den praevesicalen Raum absickert.

1) Trendelenburg, Deutsche med. Wochenschrift 1892.

Es liegt nahe, bei hochsitzenden Blasenscheidenfisteln, welche vaginal nicht zugänglich sind, die Symphyseotomie zu versuchen. Einer Anregung von Seiten des Herrn Prof. Dr. Bumm folgend, habe ich die Symphyseotomie an einer weiblichen Leiche in dem hiesigen pathologischen Institut ausgeführt und dabei verwertbare Resultate erhalten. Ein ähnlicher Versuch ist in der Litteratur angeführt von Wickhoff[1]), indessen an einer männlichen Leiche.

Die Operation gestaltete sich folgendermassen: Die Leiche wurde in Beckenhochlagerung gebracht und in der Medianlinie drei Centimeter über der Symphyse bis zum Ursprung der Clitoris ein Schnitt bis auf den Knochen angelegt. Mit dem Raspatorium wird dann der Knochen freigelegt und nun die Symphysenspaltung vorgenommen. Die Oberschenkel werden nach aussen rotiert und allmählich abduciert. Durch diese Manipulation gelingt es schon die Symphyse in einer Breite von beinahe 3 cm klaffend zu machen. Durch eingesetzte Knochenhaken werden noch $1^1/_2$ cm gewonnen Es macht keine Schwierigkeiten Periost und Weichteile mit Finger und Raspatorium von den Knochenenden zu lösen. Nun wird ein Speculum in die Vagina geführt und hoch oben mittels Museux und Schere eine Communication in dem Septum vesico-vaginale geschaffen, nachdem zuvor die Blase zur Kenntlichmachung prall mit Wasser gefüllt war. Nun wird die Blase in einer Länge von 6 cm gespalten, um von oben her den Schluss der künstlichen Fistel zu bewirken. Dies gelang vollständig. Die Fistel wurde hervorgezogen und durch zehn Knopfnähte geschlossen.

Inwieweit die Symphyseotomie bei der Chirurgie der vesico-vaginal Fisteln in Betracht zu ziehen ist, lasse ich dahingestellt. Sicher dürfte sie hier und da am Platze

---

1) Wickhoff, Wiener klin. Wochenschr. 1893.

sein, wie das angestellte Leichenexperiment mit Evidenz beweist, namentlich wohl bei hoher Fixation.

Ich füge nun die oben erwähnte Operation an, die Herr Prof. Dr. Bumm in der hiesigen Königl. Universitäts-Frauenklinik auf infrasymphysärem Wege ausgeführt hat.

Ich lasse die Krankengeschichte und Ausführung der Operation hier folgen:

Karoline U., Dienstmädchen, 19 J., ledig, aus Tangermünde. Aufnahme 1. VI. 1901.

Vater ist tot, an Blutvergiftung gestorben, drei Geschwister leben und sind gesund. Patientin will nie krank gewesen sein. Erste Regel mit 17 Jahren, immer regelmässig, alle vier Wochen, ohne Beschwerde. Letzte Regel Anfang Juli 1900. Im April 1901 machte sie eine Zangengeburt durch, das Kind kam tot zur Welt. Die Patientin sei dann acht Wochen bettlägerig gewesen, angeblich wegen einer Entzündung des rechten Kniees. Auch habe sie gleich nach der Entbindung nicht urinieren können, weshalb sie 14 Tage lang katheterisiert sei. Darauf bemerkte die Patientin Urinabfluss durch die Scheide. Der Urin sei trübe und verursache heftige brennende Schmerzen.

Der Aufnahmebefund ist folgender: Patientin ist eine kleine, mässig genährte Person von gracilem Knochenbau. Herz und Lunge sind ohne Besonderheiten, ebenso die Brüste. Das Abdomen zeigt alte Striae. Damm und Frenulum sind erhalten, die Vulva ist weit klaffend. Die Portio vaginalis liegt vor der Führungslinie. Die hintere Lippe ist sehr zerfetzt, die vordere fehlt fast vollkommen. Das vordere Scheidengewölbe ist verstrichen und narbig verdickt; hier befindet sich etwa zwei Querfinger breit vor dem Muttermund eine scharfsaumige, dünnlippige, eben für die Fingerkuppe durchgängige Öffnung, welche direkt in die Blase führt. Der Uterus ist klein, retrovertiert. Parametrium, Douglas, Tuben und Ovarien sind ohne Besonderheiten.

Der Zugang zu der Fistel wird durch eine halbmondförmig sich vorlegende, narbige Falte der vorderen Scheidenwand bedeutend erschwert. Aus der Scheide fliesst fortwährend trüber Urin ab.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis,

Therapie: Operation wegen Incontinenz.

Die Operation wurde am 10. VI. 1901 folgendermassen ausgeführt:

Da die Fistel im Speculum bei der starken Narbenretraction trotz Vorziehens mit Haken etc. und in den verschiedensten Stellungen nicht genügend freizulegen ist, wird ein Längsschnitt durch die Haut median über den unteren Rand der Symphyse bis zum Ursprung der Clitoris gemacht und dann die Blase vom unteren Symphysenrande aus quer abgetrennt. Die hier narbig adhaerente Blase reisst dabei eine Strecke weit ein. Jetzt gelingt es leicht die vordere Scheidenwand nach unten vorzustülpen. Die Fistelränder werden nun breit umschnitten und in schräger Richtung angefrischt, was besonders in dem linken Wundwinkel und an dem dem Muttermunde zugekehrten Rande wegen starker Narbenbildung schwierig ist. Die Wundränder werden nun mit Silkwormknopfnähten gut vernäht und die nicht mitgefasste Blasenschleimhaut wird hierbei eingestülpt Die obere operative Blasenfistel wird mit Gaze tamponiert und darüber zwei Drittel der Hautwunde mit Silkwormknopfnähten geschlossen. Der untere Wundwinkel bleibt offen zur Herausleitung der Jodoformgazetamponade. Es wird ein weicher Nèlaton-Katheter eingelegt.

Krankheitsverlauf und Nachbehandlung gestalteten sich folgendermassen:

11. VI. Es wird die Tamponade erneuert und wegen heftiger Schmerzen 0,01 Morphium gegeben. Temperatur morgens 35,6, abends 37, Puls 95.

12. VI. derselbe Zustand.

14. VI. Die Patientin erbricht mehrmals. Urin trübe, Reaction sauer, ohne Eiweiss.

15. VI. Der Katheter wird entfernt. Patientin kann etwas Urin halten ca. eine halbe Stunde lang.

24. VI. Untersuchung. Die Fistel ist fast ganz geschlossen, es fliesst nur noch wenig Urin durch dieselbe ab. Wegen des bestehenden Blasenkatarrhs Spülungen. Die kleinen Labien, besonders die rechte stark ödematös. Die Patientin kann den Urin etwas länger halten, ca. eine Stunde. Temperatur morgens 36,5, abends 37,5, Puls 85.

29. VI. Pat. steht auf. Täglich Blasenspülung mit Borsäurelösung.

4. VII. Die Fistel ist geschlossen, Pat. hält den Urin ca. zwei Stunden.

10. VII. Die stark ödematöse rechte kleine Labie wird abgetragen.

14. VII. Stuhlgang retardiert. Rizinus.

19. VII. Pat. steht wieder auf.

Von 20. VII. bis zum 4. VIII. ist das Befinden der Patientin ausgezeichnet. Temperatur und Puls bieten nichts Sonderliches. Pat. kann von Tag zu Tag mehr Urin halten.

Am 5. VIII. wird die Patientin entlassen, sie hält den Urin vollkommen, die Blasenbeschwerden sind gänzlich geschwunden. Auch der kosmetische Erfolg nach Abtragung der kleinen Labie ist ein ausgezeichneter.

Es ist ein schöner Erfolg, der hier mit Umgehung des Bauchschnittes auf infrasymphysärem Wege erzielt wurde. Die zweite Operation, die die Abtragung der ödematösen Labie bedingte, wird den hohen Wert dieser Methode in keiner Weise beeinträchtigen. Möge sie in vielen Fällen berufen sein, jenen unglücklichen Frauen mit schwerzugänglichen Fisteln, namentlich solchen, die mit der hinteren Symphysenwand verwachsen sind, die Laparatomie zu ersparen.

Zum Schluss ist es mir eine dankbare Pflicht, Herrn Professor Dr. B u m m für die liebenswürdige Unterstützung, sowie für die Überlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank abzustatten.

Litteratur.

1. Bandl, Zur Operation d. Vesico-vaginalfisteln, Wien. Med. Woch. 1876.
2. Boceman, Remaks on vesico-vag. fist., zuletzt Annal. de Gyn. Paris 1876.
3. Betkober O., Über Blasenscheidenfisteln, Diss. Greifswald. 1893.
4. v. Dittel, Wiener Klin, Wochenschrift Nr. 25.
5. Fritsch, Centralblatt für Gyn. XVII, No. 45.
6. Hegar-Kaltenbach, Operative Gyn. Bd. III, 648.
7. Schauta, Monatsschrift für Gebh. und Gyn. Bd. I, pag. 8.
8. Sims, Americ. Journ. of med. 1852.
9. Simon, Über die Heilung von Blasen-Scheidenfisteln Giessen 1845, Rostock 1862.
10. Pawlik, Zeitschrift für Gbh. u. Gyn. VIII.
11. Trendelenburg, Archiv für klin. Chirurgie und deutsche med. Wochenschrift, Jahrg. 1892.
12. Wickhoff, Zur Verwendung der Symphyseotomie bei Operationen an der Harnblase, Wien. klin. Wochenschrift 1893, No. 11.
13. Volkmann, Sammlung klin. Vortr. Nr. 175.

Lebenslauf.

Am 17. Mai 1875 wurde ich zu Arneburg i. Altm. als Sohn eines Arztes geboren, besuchte daselbst bis zu meinem elften Lebensjahre die städtische Schule und dann das Gymnasium im benachbarten Stendal. Ostern 1892 verliess ich Stendal und bestand Ostern 1893 zu Seehausen i. Altm. die Abschlussprüfung und erhielt ebenda Ostern 1897 das Reifezeugnis.

Nachdem ich dann in Jena ein halbes Jahr meiner Militärpflicht genügt und ein weiteres Semester dort studiert hatte, besuchte ich nacheinander Halle vier Semester, Heidelberg ein Semester und wieder Halle zwei Semester. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich zu Anfang meines fünften Semesters in Halle und die ärztliche Staatsprüfung ebenda am 13. März dieses Jahres.

Folgenden Lehrern verdanke ich meine ärztliche Ausbildung:

in Jena:

Bardeleben, Fürbringer, Haeckel, Winkelmann,

in Heidelberg:

Arnold, Czerny, Erb, v. Hippel, Kehrer, Lossen,

in Halle:

Bernstein, v. Bramann, Bumm, Eberth, Fehling, Fränkel, Harnack, Haasler, v. Hippel, v. Mering, Roux, Schmidt-Rimpler, Weber.